



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)

ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ : _____

ឪពុកម្តាយ/អ្នកអាណាព្យាបាល

លេខសំណុំរឿង

បត់ត្រង់នេះ

សូមជំរាបមកដល់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ:

យើងបានទទួលសំណើរបស់អ្នកសំរាប់ជំនួយមើលថែទាំក្មេងពេលឪពុកម្តាយទៅធ្វើការ ។ ក្រដាសពាក្យនេះគឺបានធ្វើក្នុងការឆ្លើយតបទៅតាមសំណើរបស់អ្នក ។

យើងនឹងពិចារណាលើពាក្យសុំរបស់អ្នកនិងកំណត់តម្លៃសេវាសម្បត្តិ នៅពេលណាអ្នកផ្តល់ព័ត៌មានដូចខាងក្រោមនេះ ។

- ក្រដាសពាក្យដាក់សុំ WCCC/ព័ត៌មានអ្នកផ្តល់ការបំរើ (អ្នកត្រូវតែបំពេញក្នុងព្រឹត្តិការណ៍នេះ បើសិនជាអ្នកនៅក្នុងសកម្មភាពកម្មវិធី WorkFirst) ;
- ផ្តល់ព័ត៌មានប្រាក់ចំណូលនៅក្នុងគ្រួសាររយៈពេលបីខែកន្លងមក (ដូចជាក្រដាសចម្លងកន្ទុយសែកប្រាក់ខែ, ប្រាក់ឧបត្ថម្ភក្មេង, ប្រាក់ចំណូលផ្នែកសន្តិសុខសង្គម, ប្រាក់ជំនួយបន្ថែមផ្នែកសន្តិសុខសង្គម (SSI), និងប្រាក់ចំណូលដទៃទៀត ដែលបានទទួលដោយធនធាននៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក) ។ រួមទាំងតារាងពេលការងាររបស់អ្នកនិងអ្នកទាក់ទង និងលេខទូរស័ព្ទ ។ អ្នកមិនចាំបាច់ត្រូវការមានភស្តុតាងនៃប្រាក់ចំណូលមកពីជំនួយសាធារណៈពីរដ្ឋឡើយ (TANF) ។
- បើសិនជាអ្នកទើបបានធ្វើការថ្មីហើយមិនទាន់បានទទួលកន្ទុយសែកប្រាក់ខែនៅឡើយ យើងនឹងព្រមទទួលយកសេចក្តីថ្លែងមកពីនិយោជករបស់អ្នក ដោយបញ្ជាក់ ពីថ្ងៃដួលធ្វើការ ចំនួនប៉ុន្មានដែលអ្នកនឹងរកបាន (ក្នុងមួយម៉ោង, មួយខែ ។ល។) ហើយតារាងពេលរបស់អ្នកនឹងយ៉ាងដូចម្តេច ។ សូមយកសេចក្តីថ្លែង រួមជាមួយនឹងឈ្មោះអ្នកទាក់ទងនិងលេខទូរស័ព្ទ ។
- ភស្តុតាងនៃដីកាតុលាប្តឹងផ្នែករដ្ឋបាលបានបញ្ជាឱ្យបង់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភក្មេង (បើសិនជាមានការអនុវត្ត) និងសេចក្តីបញ្ជាក់នៃការបង់ប្រាក់ដែលបានបង់ ។
- បើសិនជាការមើលថែទាំបានធ្វើដោយអ្នកផ្តល់ការបំរើតាមផ្ទះ/ផ្ទះសាច់ញាតិ អ្នកផ្តល់ការបំរើត្រូវតែជួបនឹងគុណសម្បត្តិដែលបានរាយនៅក្នុងទំព័រទីបួននៃក្រដាសនេះ ហើយអ្នកត្រូវតែផ្តល់ឯកសាររបស់អ្នកផ្តល់ការបំរើនូវ៖
 - អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណមានចិរុបថត ;
 - ប័ណ្ណសន្តិសុខសង្គមដែលស្របច្បាប់ ឬភស្តុតាងថាអ្នកផ្តល់ការបំរើព័ត៌មានអាចធ្វើការនៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិកដោយស្របច្បាប់, ដូចប័ណ្ណបែកតង ឬឯកសារអនុញ្ញាតឱ្យធ្វើការ (EAD);
 - អាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្ន; និង
 - ក្រដាសពាក្យអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់ ក្រដាសទម្រង់ DSHS 09-653 ។ អ្នកអាចទទួលបានក្រដាសនេះពីអ្នកធ្វើការផ្នែកអនុញ្ញាតនៃការិយាល័យផ្នែក WCCC ។ **គ្មានការបង់ប្រាក់និងត្រូវបង់សំរាប់ការមើល ថែទាំណាដែលបានធ្វើនៅមុនថ្ងៃការទទួលបានស្របច្បាប់នៃការប្រើប្រាស់បានទេ ។**

សូមទូរស័ព្ទតាមលេខខាងក្រោមនេះ បើសិនជាអ្នកមានសំណួរណាមួយ ។

ឈ្មោះអ្នកធ្វើការ: _____ លេខទូរស័ព្ទ/លេខទូរសារ: _____



Washington State
Department of Social
& Health Services

WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)

ពាក្យសុំជំនួយកម្មវិធី WCCC

ភាគទី 1. ព័ត៌មាននៃពាក្យសុំ

ព័ត៌មានបំពេញមិនចង់អាចពន្យារពេលការយល់ព្រមចំពោះ

ជំនួយនិងការទទួលបានប្រាក់ ។ វាយអង្គុលលេខបសរសេរឲ្យច្បាស់ ។

DATE	WORKER'S NAME
LOCAL OFFICE	
TELEPHONE NUMBER	FAX NUMBER
CASE NUMBER	BIRTHDATE
SSN (OPTIONAL)	TELEPHONE NUMBER
ETHNICITY	GENDER <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female

ក្មេងដែលអ្នកទទួលខុសត្រូវរស់នៅក្នុងគ្រួសារ

ឈ្មោះ (ត្រកូល, ខ្លួន), អក្សរដើមឈ្មោះកញ្ចាត់	ខែថ្ងៃកំណើត	ភេទ	ជាតិពន្ធុ	អត្តលេខសន្តិសុខសង្គម (តាមចូលចិត្ត)	ជនជាតិអាមេរិកាំង បុរេសម័យ/ស្រុកចម្រុះ	ទំនាក់ទំនងទៅ អ្នកដាក់ពាក្យសុំ
					<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	
					<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	
					<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	
					<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	
					<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	
					<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	

ប្តីប្រពន្ធ ឬបងប្អូនប្រុស/ស្រី/អ្នកអាណាព្យាបាលរស់នៅក្នុងគ្រួសារជាមួយ (ដែលរស់នៅ)

ឈ្មោះ	ខែថ្ងៃកំណើត	អត្តលេខសន្តិសុខសង្គម (តាមចូលចិត្ត)	ទំនាក់ទំនងទៅ អ្នកដាក់ពាក្យសុំ	ទំនាក់ទំនងទៅទៅក្មេង ដែលមានឈ្មោះខាងលើ

អ្នកដាក់ពាក្យសុំ

ប្តីប្រពន្ធ ឬបងប្អូនប្រុស/ស្រី/អ្នកអាណាព្យាបាល

ឈ្មោះនិយោជក, សកម្មភាពកម្មវិធី WorkFirst ឬសាលារៀន	ឈ្មោះនិយោជក, សកម្មភាពកម្មវិធី WorkFirst ឬសាលារៀន
អាសយដ្ឋាន (និយោជក, សកម្មភាពកម្មវិធី WorkFirst, ឬសាលារៀន)	អាសយដ្ឋាន (និយោជក, សកម្មភាពកម្មវិធី WorkFirst, ឬសាលារៀន)
លេខទូរស័ព្ទ ខែថ្ងៃចាប់ផ្តើម	លេខទូរស័ព្ទ ខែថ្ងៃចាប់ផ្តើម
បើសិនជាអ្នកធ្វើការ តើបានប្រាក់ខែញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា និងប្រាក់ឈ្នួលប៉ុន្មាន? <input type="checkbox"/> មួយអាទិត្យម្តង <input type="checkbox"/> ពីរអាទិត្យម្តង <input type="checkbox"/> មួយខែពីរដង <input type="checkbox"/> មួយខែម្តង \$	បើសិនជាអ្នកធ្វើការ តើបានប្រាក់ខែញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា និងប្រាក់ឈ្នួលប៉ុន្មាន? <input type="checkbox"/> មួយអាទិត្យម្តង <input type="checkbox"/> ពីរអាទិត្យម្តង <input type="checkbox"/> មួយខែពីរដង <input type="checkbox"/> មួយខែម្តង \$

តើអ្នកបង់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភក្មេងឬ? បាទ ទេ ចំនួនប្រចាំខែ: \$

ប្រភពនៃប្រាក់ដែលរកបាន/ប្រាក់ចំណូលដែលរកបានក្រៅពីធ្វើការងារប្រចាំខែសំរាប់សមាជិកគ្រួសារទាំងអស់

រួមទាំងក្រដាសចម្លង(សំរាប់ រយៈពេលបីខែចុងក្រោយ)	ឈ្មោះ ខ្លួនឯង	ឈ្មោះ	ឈ្មោះ	ឈ្មោះ
ការងារ (ប្រាក់ខែទាំងអស់, មុនកាត់ពន្ធ)				
ស្វ័យជីវកម្ម				
កម្មវិធីជំនួយបណ្តោះអាសន្នសំរាប់គ្រួសារត្រូវការ (TANF)				
ប្រាក់ឧបត្ថម្ភក្មេងដែលបានទទួល				
ជំនួយសន្តិសុខសង្គម (SSI, SSA)				
ប្រាក់អតិថិជន, ពការភាព, ប្រាក់ L&I, ឬកម្រៃពេលអស់ការងារ				
ផ្សេងៗទៀត (បញ្ជាក់):				

តើអ្នកទទួលបានសិទ្ធិប្រើប្រាស់ប្រាក់បង់ប្រចាំខែឬទេ? បាទ ទេ

កាលវិភាគនៃសកម្មភាពរបស់ឪពុកម្តាយ/អ្នកអាណាព្យាបាល

អ្នកដាក់ពាក្យសុំ		ប្តីប្រពន្ធ ឬឪពុកម្តាយទីពីរ/អ្នកអាណាព្យាបាល	
សកម្មភាព (ការងារ, សាលារៀន, សកម្មភាពកម្មវិធី WORKFIRST)		សកម្មភាព (ការងារ, សាលារៀន, សកម្មភាពកម្មវិធី WORKFIRST)	
ថ្ងៃចន្ទ	កាលវិភាគរបស់អ្នកដូចម្តេច សំរាប់ការងារ, សាលារៀន, សកម្មភាពកម្មវិធី WORKFIRST ?	កាលវិភាគរបស់អ្នកដូចម្តេច សំរាប់ការងារ, សាលារៀន, សកម្មភាពកម្មវិធី WORKFIRST ?	
ថ្ងៃអង្គារ			
ថ្ងៃពុធ			
ថ្ងៃព្រហស្បតិ៍			
ថ្ងៃសុក្រ			
ថ្ងៃសៅរ៍			
ថ្ងៃអាទិត្យ			

តើការមើលថែទាំក្មេងនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃណា:

កាលវិភាគនៃសកម្មភាពរបស់ក្មេងទាំងអស់

ឈ្មោះក្មេង	កាលវិភាគសាលារៀន (ថ្ងៃនិងម៉ោងពិតប្រាកដ)	កាលវិភាគសាលារៀន (ថ្ងៃនិងម៉ោងពិតប្រាកដ)

តើអ្នកមានក្មេងដែលត្រូវការជំនួយពិសេសដែរឬទេ? បាទ ទេ បើសិនជាឆ្លើយបាទ សូមទាក់ទងអ្នកធ្វើការផ្នែកផ្តល់ការអនុញ្ញាត ដើម្បីព្រឹត្តិការណ៍អ្នកគ្រប់គ្រងក្មេងលើសេចក្តីត្រូវការពិសេស ។

សិទ្ធិធ្វើសវនាការ

អ្នកមានសិទ្ធិធ្វើសវនាការ ។ ដើម្បីស្នើសុំធ្វើសវនាការ ចូរទាក់ទងទៅការិយាល័យនេះ ឬសរសេរលិខិតទៅការិយាល័យសវនាការរដ្ឋបាល PO Box 42489, Olympia WA 98504-2489 ។ អ្នកត្រូវតែស្នើសុំធ្វើសវនាការរបស់អ្នកនៅក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃ ចាប់តាំងពីថ្ងៃដែលអ្នកបានទទួលលិខិតនៃសេចក្តីសំរេចនេះ ។ នៅពេលធ្វើសវនាការ អ្នកមានសិទ្ធិតំណាងដោយខ្លួនឯង អាចត្រូវតំណាងដោយមេធាវីម្នាក់ ឬដោយជនដទៃផ្សេងទៀត ដែលអ្នកជ្រើសរើស ។ អ្នកប្រហែលជាអាចទទួលបានអ្នកផ្តល់សេវាផ្នែកច្បាប់ដោយគ្មានបង់ឈ្នួល ឬការតំណាងមួយដោយទាក់ទងទៅការិយាល័យការបំរើផ្នែកច្បាប់ ។

ខ្ញុំសូមប្រកាសនៅក្រោមទោសបញ្ញត្តិនៃការរក្សាភារកុមារថា ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ជូននៅក្នុងសេចក្តីប្រកាសនេះគឺពិត, ត្រឹមត្រូវ ហើយនិងសព្វគ្រប់ទាំងអស់ទៅតាមការយល់ដឹងរបស់ខ្ញុំ និងសូមបញ្ជាក់ថា អំពើចេតនារបស់ខ្ញុំនៃការក្លែងបន្លំព័ត៌មាននេះអាចនាំឲ្យខ្ញុំទទួលទោសដូចដែលបានប្រកាសនៅក្នុងច្បាប់នៃរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន ។ (RCW 74.08.055)

ហត្ថលេខារបស់ឪពុកម្តាយទីមួយ/អ្នកអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់	ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ	ហត្ថលេខារបស់ឪពុកម្តាយទីពីរ/អ្នកអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់	ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ
--	---------------	--	---------------

ជំនួយផ្នែកពេទ្យសំរាប់កូនរបស់អ្នកទាំងអស់

តើអ្នកបានដឹងទេថា អ្នកអាចទទួលបានការធានារ៉ាប់រងផ្នែកពេទ្យនិងផ្នែកធ្មេញសំរាប់កូនរបស់អ្នកទាំងអស់ដែរឬទេ ? គិត្បាតការរង់ចាំទេ ហើយងាយស្រួលដូចជា 1 - 2 - 3 អញ្ចឹង!

- តើអ្នកមានទទួលបានជំនួយផ្សេងដទៃទៀតពីរដ្ឋដែរឬទេ ដូចជាជំនួយហ្វឹកស្តែម ឬជំនួយប្រាក់ ?
 - បាទឬចាសិន៖** ចូរទូរស័ព្ទទៅអ្នកធ្វើការផ្នែកជំនួយហិរញ្ញវត្ថុដែលកាន់កាប់សំណុំរឿងរបស់អ្នក ហើយស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងផ្នែកពេទ្យសំរាប់កូន របស់អ្នកទាំងអស់ ។
 - ទេ:** ចូរទូរស័ព្ទតាមលេខមិនបង់ប្រាក់ទៅការិយាល័យជំនួយពេទ្យផ្នែកកុមារតាមលេខ 1-800-204-6429 ។
- ផ្តល់ព័ត៌មានទៅអ្នកធ្វើការដែលគេត្រូវការ ដើម្បីឲ្យគេប្រាប់ថា អ្នកមានគុណសម្បត្តិឬទេ ។ គេប្រហែលជាមានព័ត៌មាននេះរួចទៅហើយ ឬគេអាចទទួល យកព័ត៌មាននេះតាមទូរស័ព្ទបាន ។
- ទទួលបានប័ណ្ណផ្នែកពេទ្យតាមប៊ុស្តិ៍ស្តីប្រគល់ ។

កុំនៅបង្គង់ - ការធានារ៉ាប់រងផ្នែកពេទ្យសំរាប់កូនរបស់អ្នកគឺនៅជិតបង្កើយដូចទូរស័ព្ទអញ្ចឹង!

ការប្រកាសនេះសាសន៍បានត្រូវហាមឃាត់ដាច់ខាតនៅក្នុងគ្រប់កម្មវិធី និងសកម្មភាពគ្រប់គ្រងទាំងអស់៖ គ្មានបុគ្គលណាម្នាក់ត្រូវបានបដិសេធដោយសំអាងលើក្នុងសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សាសនា គោលជំនឿ សញ្ជាតិដើម ភេទ អាយុ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ អតីតយុទ្ធជនពិការឬស្ថានភាពអតីតយុទ្ធជនជំនាន់រៀនរាល់ ឬពិការភាព កំណើតឡើយ ។



WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)

ពាក្យសុំជំនួយកម្មវិធី WCCC

ភាគទី 2. ព័ត៌មាននៃអ្នកផ្តល់ការបម្រើ
(ត្រូវបំពេញដោយឪពុកម្តាយ/អ្នកអាណាព្យាបាលនិងអ្នកផ្តល់ការបម្រើ)

សរសេរឲ្យច្បាស់ប្រយោជន៍អង្គការលើខ្ញុំ។
ព័ត៌មានដែលបំពេញមិនចាប់សព្វគ្រប់អាចបណ្តោយឲ្យមានការពន្យារពេលយល់ព្រមសំរាប់ការបង់ប្រាក់

1. ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានរបស់អ្នកផ្តល់ការបម្រើ

ឈ្មោះ, អាសយដ្ឋាន, និង លេខទូរស័ព្ទ ដែលបានឲ្យមកយើង គឺជាព័ត៌មានសាធារណៈ
ហើយអាចត្រូវបានចែកចាយទៅជនណាម្នាក់ដែលគេស្នើសុំ ។

DATE
WORKER'S NAME
LOCAL OFFICE
TELEPHONE/FAX NUMBER
CASE NUMBER
PARENT/GUARDIAN'S NAME
PROVIDER NUMBER
EXPECTED START DATE FOR CARE

2. ប្រភេទនៃការមើលថែទាំ: គួសត្រង់ប្រអប់ដែលបញ្ជាក់ប្រភេទនៃការមើលថែទាំដែលអ្នកបម្រើ

<input type="checkbox"/> មណ្ឌលមើលថែទាំក្មេង	អត្តលេខ SSN របស់អ្នកផ្តល់ការបម្រើ ឬអត្តលេខសំរាប់រដ្ឋាករសហព័ន្ធ	ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ
<input type="checkbox"/> ការមើលថែទាំដោយគ្រួសារតាមផ្ទះ	អត្តលេខ SSN របស់អ្នកផ្តល់ការបម្រើ ឬអត្តលេខសំរាប់រដ្ឋាករសហព័ន្ធ	ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ
<input type="checkbox"/> ការមើលថែទាំតាមផ្ទះរបស់ក្មេង ; អានទំព័រទី 4 ជំពូក 5 និង 7 ។	អត្តលេខ SSN អ្នកផ្តល់ការបម្រើ	អាយុ 18 ឆ្នាំឬចាស់ជាង <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ
<input type="checkbox"/> ការមើលថែទាំតាមផ្ទះសាច់ញាតិ ; អានទំព័រទី 4 ជំពូក 6 និង 7 ។	អត្តលេខ SSN អ្នកផ្តល់ការបម្រើ	អាយុ 18 ឆ្នាំឬចាស់ជាង <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ

3. ព័ត៌មានម៉ោងពេលដែលអ្នកនឹងផ្តល់ការមើលថែទាំសំរាប់ក្មេងអ្នកខ្លួនក្រោយនេះ

ឈ្មោះ	ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ	ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ

4. អ្នកផ្តល់ការបម្រើ: ព័ត៌មានអំពីប្រភេទនៃការមើលថែទាំក្មេង

តើអត្រាថ្លៃប្រចាំខែដែលអ្នកទារព័ ឪពុកម្តាយ/អ្នកអាណាព្យាបាលប៉ុន្មាន? ព័ត៌មាននេះត្រូវតែផ្តល់ឲ្យមុនពេលការ បង់ប្រាក់ត្រូវបានអនុញ្ញាត ។	ក្មេងមិនទាន់ចូលរៀន \$ _____	ក្មេងអាយុប្រាំឆ្នាំចុះ \$ _____	ឈ្នួលសំរាប់ការចុះឈ្មោះ <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/> យកឈ្នួលម្តង <input type="checkbox"/> ឈ្នួលដំណើរការស្រាប់	បើមាន តើចំនួនប៉ុន្មាន: \$ _____ <input type="checkbox"/> ក្មេងម្នាក់ <input type="checkbox"/> មួយគ្រួសារ \$ _____ មួយខែ អត្រា
	ក្មេងថ្នាក់មតេយ្យរដ្ឋាន \$ _____	ក្មេងទៅសាលា \$ _____		

ចូរទាក់ទងទៅអ្នកធ្វើការដែលផ្តល់ការអនុញ្ញាតសំរាប់ទទួលបានអត្រាប្រាក់មើលថែទាំក្មេងដែលត្រូវការសេវាពិសេស

ខ្ញុំបានយល់ថា ការបំពេញក្រដាសពាក្យនេះមិនមែនបានន័យថាមានការធានារ៉ាប់រងនឹងបានទទួលប្រាក់ទេ ។ បើសិនជាមានការមើលថែទាំក្មេងត្រូវបានអនុញ្ញាត ខ្ញុំយល់ព្រមទទួលប្រាក់
ការមើលថែទាំក្មេងតាមអត្រាធម្មតា ឬតាមអត្រានៃក្រសួង DSHS, យកមួយណាដែលតិចជាង ។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកផ្តល់ការបម្រើ	ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ	លេខទូរស័ព្ទ/ទូរសារ (រួមទាំងលេខប្រចាំតំបន់)
<input type="checkbox"/> នាយក <input type="checkbox"/> អ្នកមើលថែទាំមិនមែនសាច់ញាតិ <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ <input type="checkbox"/> ម្ចាស់ <input type="checkbox"/> អ្នកមើលថែទាំសាច់ញាតិ		

FOR AGENCY USE ONLY: Check box if licensed provider information was obtained by telephone.

5. បំពេញដោយឪពុកម្តាយ បើការមើលថែទាំបំរើនៅផ្ទះរបស់អ្នក

ព័ត៌មានដូចខាងក្រោមនេះគឺត្រូវការនៅពេលដែលការមើលថែទាំត្រូវបានបំរើនៅផ្ទះរបស់អ្នកដោយកូនពេញវ័យរបស់អ្នកឬឪពុកម្តាយរបស់អ្នក ។ បើសិនជាអ្នករស់នៅជាមួយអ្នកផ្តល់ការបំរើ យើងចាត់ថ្នាក់ផ្ទះរបស់អ្នកបំរើគឺជាផ្ទះរបស់អ្នកដែរ ។ សូមបំពេញលេខ 1, 2, ឬ 3 ។ ព័ត៌មានដែលមិនចប់សព្វគ្រប់អាចពន្យាព្រមានការយឺតយ៉ាវការទទួលបានប្រាក់ ។

1. **អ្នកផ្តល់ការបំរើជាកូនរបស់ខ្ញុំ** (កូនបង្កើត, កូនចុង, កូនសុំ, ឬកូនចិញ្ចឹម) អាយុ 18 រហូតដល់ 20 ឆ្នាំ ។ បាទ ទេ
2. **អ្នកផ្តល់ការបំរើជាឪពុកម្តាយរបស់ខ្ញុំ** (ឪពុកម្តាយបង្កើត, ឪពុកម្តាយចុង, ឪពុកម្តាយធម៌, ឬឪពុកម្តាយចិញ្ចឹម) ។ បាទ ទេ
 បើគ្មានសូមគូសប្រអប់ខាងក្រោមដែលត្រូវចំពោះអ្នក (បុគ្គលដែលដាក់ពាក្យសុំទទួលបានការមើលថែទាំ មិនមែនជាអ្នកផ្តល់ការមើលថែទាំក្មេងទេ) ។
 ខ្ញុំមេម៉ាយ ។ ខ្ញុំបានលែងលះគ្នាហើយមិនបានរៀបការទៀតទេ ។ ខ្ញុំបានរៀបការ, រស់នៅបែកគ្នា, ឬមិនដែលរៀបការទេ ។
 ខ្ញុំរស់នៅជាមួយប្តីប្រពន្ធពិការ ដែលមិនអាចមើលថែទាំកូនខ្ញុំបាន យ៉ាងហោចណាស់ប្តីប្រពន្ធមិនអាចទៀតបាន ។ គ្នាក្នុងមួយត្រីមាសប្រក្រតិទិន ។
3. **ទាំងលេខ 1 ឬ 2 មិនត្រូវចំពោះខ្ញុំទេ** (បុគ្គលដែលដាក់ពាក្យសុំរាប់ការទទួលបានការមើលថែទាំ មិនមែនជាអ្នកផ្តល់ការមើលថែទាំក្មេងទេ) ។

6. បំពេញដោយអ្នកផ្តល់ការបំរើ បើសិនជាការមើលថែទាំក្មេងបំរើនៅក្រៅផ្ទះរបស់ក្មេង

អ្នកផ្តល់ការបំរើត្រូវតែជាមនុស្សពេញវ័យជាប់សាច់ញាតិ ។ សាច់ញាតិត្រូវផ្តល់ទៅក្រសួងនូវឈ្មោះនិងខែថ្ងៃកំណើតគ្រប់មនុស្សទាំងអស់ ដែលមានអាយុ 16 ឆ្នាំនិងចាស់ជាងដែលរស់នៅជាមួយនិងអ្នកផ្តល់ការបំរើនោះ ។ រាយតែឈ្មោះមនុស្សនៅក្នុងផ្ទះប៉ុណ្ណោះដែលមានអាយុ 16 ឆ្នាំឬចាស់ជាង ។

ឈ្មោះ	ខែថ្ងៃកំណើត	ឈ្មោះ	ខែថ្ងៃកំណើត

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថាមនុស្សដែលបានរាយឈ្មោះខាងលើគឺជាជនដែលរស់នៅជាមួយខ្ញុំ មានអាយុ 16 ឆ្នាំឬចាស់ជាង ។ ខ្ញុំយល់ថា ជនទាំងអស់នេះនឹងត្រូវជាអ្នកដែលគេចង់ដឹងពីដំណើរការប្រវត្តិរដ្ឋប្បវេណីខ្ញុំដែរ ។ ខ្ញុំក៏យល់ទៀតដែរថា បើសិនជាមនុស្សផ្សេងទៀតមានអាយុ 16 ឆ្នាំឬចាស់ជាង ចូលមករស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់ខ្ញុំនៅពេលខ្ញុំត្រូវបានគេអនុញ្ញាតឱ្យផ្តល់ការបំរើក្នុងកម្មវិធីជំនួយ WCCC ខ្ញុំត្រូវតែជំរាបជាបន្ទាន់ទៅឪពុកម្តាយក្មេង ។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកផ្តល់ការបំរើ ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ

7. សេចក្តីបញ្ជាក់របស់ឪពុកម្តាយ និងអ្នកផ្តល់ការបំរើ

អ្នកជាអ្នកផ្តល់ការបំរើ តើអ្នកជាជនជាតិអាមេរិកាំង ឬជាអណិតកជនស្របច្បាប់ដែលអាចធ្វើការនៅសហរដ្ឋបានឬទេ ? បាទឬចាស់ ទេ

អ្នកផ្តល់ការបំរើតាមផ្ទះ/តាមផ្ទះសាច់ញាតិ អ្នកត្រូវតែ:

- មានអាយុ 18 ឆ្នាំឬចាស់ជាង ។
- ផ្តល់ការមើលថែទាំនៅតែផ្ទះក្មេងប៉ុណ្ណោះ ។ ការមើលថែទាំអាចត្រូវបំរើនៅតាមផ្ទះរបស់អ្នកផ្តល់ការបំរើប៉ុណ្ណោះ បើគេជាជនម្នាក់ដែលជាអ្នកដាច់សាច់ញាតិ ជាមួយក្មេង ; ម្តាយមីង, ឪពុកមា, ជីដូនឬជីតា, បងប្អូនប្រុសស្រីបង្កើតដែលរស់នៅក្រៅផ្ទះ, ឬជាជីដូនមីង, ជីតាពូ ឬជាជីតាទ្រុឌជីដូនទ្រុឌ ។
- មិនត្រូវគ្មានអសមត្ថភាពនៃការណែនាំប្រវត្តិបង្កើតឧក្រិដ្ឋកម្ម ដោយយោងតាមច្បាប់ WAC 388-290-0160 និង 288-290-0165 ។
- មានរាងកាយនិងសុខភាពផ្លូវចិត្តគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីជួបនិងសេចក្តីត្រូវការរបស់ក្មេងក្នុងការមើលថែទាំ ។ បើសិនជាបានស្នើសុំដោយក្រសួង ឪពុកម្តាយត្រូវតែផ្តល់ការវាយតម្លៃជាលាយលក្ខណ៍អក្សរថា អ្នកផ្តល់ការបំរើគឺជាអ្នកមានរាងកាយនិងសុខភាពផ្លូវចិត្តគ្រប់គ្រាន់ សំរាប់ជាសុវត្ថិភាពអ្នកផ្តល់ការបំរើ ។
- អាចធ្វើការជាមួយក្មេងបានដោយមិនចាំបាច់ធ្វើទណ្ឌកម្មដល់រាងកាយឬរំលោភបំពានដល់ផ្លូវចិត្តសាស្ត្រ ។
- ផ្តល់ការមើលថែទាំក្មេងនៅផ្ទះដែលមានសុវត្ថិភាព ។
- ប្រាប់ដំណឹងអំពីការអនុវត្តន៍មូលដ្ឋានសុខភាព, ការពារនិងត្រួតពិនិត្យជម្ងឺ និងចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ ។
- ផ្តល់ការថែទាំនិងមើលត្រួតត្រាដោយទៀងទាត់តាមពេលវេលាដែលបានសម្រួលការមើលថែទាំដោយយោលទៅតាមសេចក្តីត្រូវការរបស់ក្មេង ។
- រាយការណ៍ជាបន្ទាន់ ទៅឪពុកម្តាយចំពោះការផ្តល់ដំណឹងអំពីនៃការផ្តន្ទាទោសពីបទឧក្រិដ្ឋ ឬដំណើរការកាត់ទោសចំពោះអ្នកផ្តល់ ឬជនណាម្នាក់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសារ ដែលមានអាយុ 16 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាង នៅពេលការមើលថែទាំបំរើនៅក្រៅផ្ទះរបស់ក្មេង ។
- មិនមែនជាឪពុកម្តាយបង្កើតរបស់ក្មេង, ឪពុកម្តាយចុង, ឬឪពុកម្តាយចិញ្ចឹម, អ្នកអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់, ជាអ្នកជំនួសកន្លែងឪពុកម្តាយ, ឬប្តីប្រពន្ធរបស់ បុគ្គលនេះ ។

